

Pertinencia y Restricciones en el Uso del Concepto Sistema Médico: A Propósito de Experiencias de Complementariedad de Sistemas Médicos en 7 Comunas de la Provincia de Cautín.

Francisco Javier Cabellos M. y Patricio Hernán Burgos S.

Cita:

Francisco Javier Cabellos M. y Patricio Hernán Burgos S. (2004). *Pertinencia y Restricciones en el Uso del Concepto Sistema Médico: A Propósito de Experiencias de Complementariedad de Sistemas Médicos en 7 Comunas de la Provincia de Cautín. V Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Felipe.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/v.congreso.chileno.de.antropologia/100>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evNx/nOh>

Pertinencia y Restricciones en el Uso del Concepto Sistema Médico: A Propósito de Experiencias de Complementariedad de Sistemas Médicos en 7 Comunas de la Provincia de Cautín¹

Francisco Javier Cabellos M.*, Patricio Hernán Burgos S.**

Resumen

El concepto de Sistema Médico aparece en la antropología para contrastar prácticas de la biomedicina con modalidades terapéuticas tradicionales.

Tal nivel de influencia consigue que cuando se habla del sistema oficial, mapuche o popular de salud se reconozca la construcción de éstos con los componentes del concepto. Con relación al primero, se ha definido su institucionalidad como Sistema Médico: conjunto uniforme, integrado y coherente de valores, visiones, explicaciones, políticas, procedimientos, criterios diagnósticos, estilos de interacción, perfiles técnicos, sistemas de códigos, equipamientos, etc.. Se distingue a la red de servicios públicos de salud como "EL" Sistema de Salud Oficial. En un estudio de sistematización de experiencias interculturales en salud se evaluó la capacidad del concepto para contener las referencias socioculturales sobre prácticas de salud de usuarios rurales mapuche así como de funcionarios de cada red, demostrando su utilidad. Se constata, sin embargo, su inadecuado uso para la referencia a la red pública de servicios de salud. No existiría tal "Sistema" en la red pública.

Introducción

Idea de sistema de salud estatal (oficial) como sistema médico

Parece una conclusión generalizada la que describe a la red de unidades, centros u organizaciones de salud del Estado como un sólo sistema de salud, "el" sistema de salud estatal (oficial). De hecho, si se considera la misión asumida por el Ministerio de Salud, cúpula del sistema, correspondería a éste formular y fijar, de acuerdo con las directivas que señale el Supremo Gobierno,

las políticas de salud y dictar las normas y planes generales para el Sistema. Dentro de las funciones específicas más significativas se cuentan: formular los planes y programas generales del Sistema, en concordancia con la política general de: dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas; supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y normas de salud.

Más allá de esta prescripción general, existen definiciones imperativas que presionan la implementación de las funciones específicas antes indicadas, como por ejemplo las contenidas en el artículo 3 de la ley nº 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y el régimen de prestaciones de salud, que señala "Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República". Si se complementa este imperativo con los contenidos en el artículo 8² y 11³ de la misma ley queda claro el intento deliberado -y propio de la naturaleza del sistema de salud- para erigirse como una unidad distinguida institucional y socialmente, de forma homogénea, coherente⁴.

Esta representación fue puesta a prueba a partir de un proceso de Sistematización de Experiencias Interculturales en Salud en el que la pregunta ¿Qué vamos a entender por experiencia? resultaba inicial. En el

* Licenciado en Psicología, Magister © en Desarrollo Regional y Local. Jefe de Proyectos, AXXIONA Desarrollo Humano.

** Licenciado en Antropología. Coordinador estudios en Salud y Cultura, AXXIONA Desarrollo Humano.

proceso de consolidar una respuesta a esta pregunta resalta el hecho que, sea cual fuere la definición de “experiencia”, todas debían considerar la condición de cumplir con articular Sistemas Médicos diferentes, en este caso estatal y mapuche.

Noción de sistema médico

Aparece entonces la necesidad de delimitar el alcance del concepto Sistema Médico antes de referirse a lo que se entendería por “experiencia”.

Existen distintas formas de representarlo, sin embargo parece haber acuerdo entre diferentes científicos sociales y de la salud en cuanto a que todo Sistema Médico se define por la existencia de *un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías⁵ y practicantes médicos⁶ (SISTEMA); integrados en un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que forman parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad (MODELO).*

Específicamente, un MODELO médico se conforma a partir de la construcción cultural de un conjunto conceptual conformado por las discriminaciones, concepciones, definiciones y supuestos -con sus categorías respectivas- que en relación con el ámbito de la salud, hacen los miembros de una cultura en un tiempo dado. Un modelo es cultural en el sentido que sus bases últimas se generan y se explican culturalmente y que es compartido por la mayoría de los partícipes de la cultura. Se caracteriza por tener existencia ideológico-mental a partir de un ámbito originario y por presentar una estructura lógica basada en sus propias premisas y supuestos. Así concebidos, los MODELOS médicos abarcan explícita o implícitamente conjuntos conceptuales y categorizaciones culturales por lo menos respecto de las siguientes cuestiones principales:

- El carácter de la realidad y de sus niveles. Por ejemplo, si existe la realidad, si existe lo “natural”, lo “sobrenatural”, cuántos mundos -realidades- existen, etc.
- Los fenómenos, objetos y/o seres que existen en la realidad y las acciones y poderes que poseen (las características de éstos, sus capacidades de acción, interrelaciones, etc.) así como su relación, influencia y capacidad de interacción con lo humano.
- La posibilidad de conocer o comprender la realidad por parte del hombre y las formas de conocimiento de esa realidad.

- La relación y posición entre el hombre -los seres humanos- y la realidad.
- Las creencias acerca de la relación entre los procesos de vida y muerte, en particular del hombre como ser vivo y acerca de las causas de la muerte.
- La concepción del cuerpo humano y su relación como “ente” existente en la realidad, con ésta; la concepción de la composición y funcionamiento del cuerpo humano.

Un SISTEMA médico, por otra parte, puede caracterizarse como un conjunto institucional -socioculturalmente organizado- de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito de la salud y la enfermedad humana, que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos respectivos y tiene existencia objetivable. Se sostiene que los elementos componentes mínimos de todo sistema médico son:

- Definición de una estructura organizacional de roles y funciones en el sistema. Tal estructura supone normativas respecto de papeles y funciones, rango y status mutuos, jerarquías en el sistema de funciones, formas de controlar deberes y derechos, etc.
- Procedimientos de reclutamiento, formación y legitimación social de los roles.
- Procedimientos y técnicas semiológicas, etiológicas, diagnósticas y terapéuticas.
- Recursos, equipos y tecnologías referentes a los procedimientos y técnicas y al funcionamiento global del sistema.
- Escenarios y contextos propios de la representación y operación del sistema, conformado por espacios físicos e infraestructuras determinadas, de los que son parte sus diseños, implementaciones y la organización de los objetos culturales en el espacio.
- Códigos, lenguajes y sistemas de comunicación específicos, en los que se debe distinguir al menos dos ámbitos: los que corresponden al intra sistema y al extra sistema y los de carácter técnico, simbólico y lego.

Este conjunto de elementos presentes en la noción de modelo y sistema médico reconoce de manera adecuada el espectro de conceptos, valores y comportamientos socialmente reglamentados que se relacionan con la salud y el bienestar físico, mental y social de la población.

Pertinencia y restricciones

Con foco en la pertinencia del concepto para identificar experiencias interculturales en salud -ya que como constructo constituye una herramienta de tipo más bien analítico conceptual y considerando que el perfil participativo⁷ con el que se requería la identificación pudiera implicar la presencia de funcionarios operativos, de baja calificación técnico laboral- se desarrolló un proceso orientado a verificar la presencia de representaciones y/o significados para las distintas dimensiones que configuran la noción de Sistema Médico en el grupo de funcionarios del sistema de salud de referencia⁸.

Las concepciones de los funcionarios sobre las dimensiones constitutivas de un Sistema Médico demostraron en el proceso contener referencias y significados para todas. Sólo para sustentar la afirmación anterior se comentan algunas opiniones de los funcionarios consultados acerca de las dimensiones más abstractas, y por lo tanto menos factible de reconocer o resultar útil en la operación cotidiana de las unidades de salud, del concepto Sistema Médico. Específicamente se trata de opiniones o concepciones sobre Carácter de la Realidad y Concepto de Salud/Enfermedad, dimensiones del componente cultural del concepto Sistema Médico (Modelo Médico).

Respecto al tópico que define los niveles o tipos de realidad una matrona de Vilcún señala: "Nos enfrentamos a dos tipos de realidad, la medicina tradicional y la occidental por una gran presencia de población mapuche (35% aprox.) que pasa por varios niveles, realidades, hay mitos y creencias, se practica el guillatun y es de gran importancia la machi y la meica, existen los (kalku), brujos y naturistas, a pesar de ser pobres gastan mucho dinero en esto, no así en exámenes o medicamentos, sus creencias son de peso".

Otro funcionario indica: "Esto estaría de acuerdo a las creencias o tradiciones de la población, desde mi punto de vista creo que si se ve mucho lo espiritual sería un problema de salud Mental".

En ambas respuestas puede reconocerse el valor representacional de la idea de "niveles o tipos" de realidad y, más aún, su utilidad práctica al constatar que las referencias a este tópico se hacen en vinculación directa con el nivel de operación o funcionamiento habitual, las prácticas de salud en el sistema de salud estatal. En el caso del segundo texto, la noción de niveles permite al funcionario determinar el tipo de clasificación más correcta para una afección (si pertenece al nivel espiritual resultaría ser incumbente al ámbito de la salud mental).

En el mismo sentido, puede reconocerse a quienes distinguen diferentes realidades enfatizando la incidencia personal y cultural en la definición de ésta. Una funcionaria Nutricionista de Imperial señala: "La realidad tiene existencia objetiva por lo tanto debemos respetarnos unos a otros. Pero también subjetiva, por el tipo de paciente que uno conoce a través de nuestra experiencia, realidad espiritual dada por sueños y visiones especialmente dentro de la comunidad mapuche". Un funcionario Enfermero del Hospital de Loncoche opina: "existen diversas realidades de acuerdo a distintas culturas, creencias religiosas, costumbres. Es importante en salud respetar las distintas realidades para satisfacer en forma eficiente la demanda". Otro funcionario, Asistente Social del Hospital de Imperial, comenta: "los seres humanos ven su realidad, por tanto hacen diversas realidades, y no una sola. Desde esta concepción es que se debe entender y respetar la mirada que cada cual tiene en la medida que exista este respeto por el otro, habrá una mejor relación humana. Desde mi forma de ver la práctica en salud, creo que es importantísimo considerar esta diversidad de considerar la realidad".

Nuevamente puede identificarse en las opiniones y concepciones de los funcionarios el valor conceptual y práctico de las dimensiones involucradas en el tópico "Carácter de la Realidad". Se verifica cómo son capaces de reconocer la multidimensionalidad de la realidad en las prácticas habituales de cada unidad de salud y en relación con los usuarios, especialmente con los social y culturalmente diferentes. Esta constatación se repite si se observan las opiniones y conceptos en otros tópicos relativos a Modelo Médico.

En relación con los fenómenos o "seres" que existen en la realidad, un funcionario Matrn del Departamento de Salud Municipal de Imperial sostiene: "En la realidad de la práctica de la medicina existen varios fenómenos, que muchos de ellos son desconocidos y que influyen de manera muy importante, son efectos del medio que influyen en la salud de las personas, Ej.: Hacer algo sin "pedir permiso al dueño" puede tener consecuencias desastrosas para el individuo y su entorno. También existen seres o agentes que practican medicina y tienen diferentes grados de poder influyendo en las decisiones que los pacientes finalmente escogen".

Acerca de la relación y/o posición del hombre con respecto a la realidad, un funcionario Nutricionista del Departamento de Salud Municipal de Galvarino indica: "El hombre es parte de la realidad, trata de conducirla y dominarla. Las diversas realidades en salud no me parecen excluyentes, responden a las necesidades, patro-

nes y realidades de cada cultura". Una funcionaria del programa de salud con población mapuche plantea: "el hombre es conductor y parte de la realidad pues sin las personas no podemos construir la realidad".

Estas referencias son sólo una muestra de un amplio grupo de opiniones por medio de los cuales se constató que para todas las dimensiones del concepto Sistema Médico, tanto del componente Modelo como del componente Sistema, los funcionarios del sistema de salud tienen representaciones significativas y les asignan un valor de utilidad. Esto permite sostener con suficiente propiedad que el concepto es útil, válido, aplicable en un nivel que denominamos Psicosociocultural (micro-social).

Habiendo superado el concepto Sistema Médico la prueba de "validez" en el terreno de los funcionarios del sistema de salud, resulta pertinente ahora establecer si esta validez se mantiene cuando se intenta su aplicación a escala agregada, en un nivel institucional más complejo (sociocorganizacional), como sería el caso del Sistema de Salud Estatal (oficial).

Los antecedentes recogidos durante el proceso de sistematización posterior permiten sostener que su validez/aplicabilidad, por lo menos, se reduce. Esto ya que se reconoce que dentro de cada "sistema"⁹⁹ (representado o definido como coherente/definido/consistente) existe más bien un mosaico de sistemas médicos operando en dimensiones microsociales, sub institucionales.

Como expresión de esto puede señalarse algunas situaciones de frecuente ocurrencia en los servicios de salud de la región, en las cuales tanto funcionarios como usuarios operan con independencia de las explicaciones y procedimientos formales que dan forma a cada unidad de salud perteneciente al sistema estatal (oficial). Estas situaciones darían cuenta de la operación o funcionamiento de múltiples sistemas de salud dentro de "EL" sistema de salud.

En el hospital de Loncoche, se observa que al interior del establecimiento (específicamente en la unidad de Pediatría) los funcionarios brindan la posibilidad de contar con los servicios de una Santiguadora (agente terapéutico propio del sistema médico popular) al interior del establecimiento, cuando el padecimiento que sufre un menor es identificado como "mal de ojo" y la presencia de la Santiguadora es solicitada por su madre o su familiar más directo presente en la situación en cuestión. De esta manera se constata que los funcionarios utilizan agentes -sus procedimientos y los consecuentes marcos de referencia- ajenos a la "institucionalidad" (Sistema) de salud.

En el Hospital de Puerto Saavedra una Auxiliar Paramédico que por tradición familiar desarrolló el rol de santiguadora, acepta y comprueba la validez de su rol terapéutico en el contexto de trabajo hospitalario, ya que ante la imposibilidad de contar con médicos y funcionarios para aliviar en un niño un padecimiento agudo, que desde la interpretación de sus familiares ya era identificado como un "mal de ojo", accede en forma expedita y voluntaria a hacer uso del procedimiento del santiguamiento. El éxito de los resultados no sólo permite el restablecimiento de la salud del niño, sino que además empujan a la funcionaria a consolidar su rol terapéutico múltiple.

Lo mismo ocurre con una auxiliar paramédico en el contexto de una posta rural, que antes de esta labor se desempeñó muchos años como monja, y que gracias a esa experiencia anterior desarrolló la habilidad de santiguar. Ella es reconocida en el sector como una responsable agente del sistema de salud estatal al mismo tiempo que como una eficaz santiguadora, ejerciendo ambos roles en forma indistinta según las demandas de los usuarios, haciendo uso para ello de los recursos que le brinda el sistema de salud (espacio físico y "horas" de trabajo). Más aún, la población del sector percibe la posta como un referente construido por ambas medicinas (estatal y popular).

También se observa en el hospital de Lautaro la existencia de prácticas de complementación con agentes de la medicina popular, como la Meica, con independencia de la normativa y cultura técnica institucional aun cuando son llevadas a cabo por los propios funcionarios. En reiteradas circunstancias, frente a la ineffectividad de los tratamientos implementados en el hospital, a sugerencia de, generalmente, auxiliares paramédicos se remite a pacientes a consulta o tratamiento con agentes externos al sistema estatal con el conocimiento implícito del estamento médico (el que no se responsabiliza explícitamente). Estas derivaciones se hacen además en horarios especiales (menos intensivos en supervisión) demostrando cómo se proveen las condiciones para mantener un tipo de gestión de salud en los márgenes o periferia del sistema estatal de salud, en los que aparecen con bastante visibilidad otros sistemas médicos.

Por otra parte, considerando más allá de la relación de los usuarios con el sistema de salud, la relación de los propios funcionarios con el sistema al que pertenecen se constata con frecuencia que los funcionarios consultan a agentes de otros sistemas de salud antes de recurrir a las alternativas que ofrece el sistema en el cual

ellos trabajan. Tal es el nivel de adscripción que a esos otros sistemas de salud manifiestan algunos funcionarios que incluso incentivan en los usuarios cautivos de cada unidad el uso de estas alternativas con prioridad a las alternativas del sistema médico en el que el funcionario se desempeña. Esto ha determinado la situación que en los propios establecimientos de salud es donde los usuarios conocen por primera vez la existencia de agentes como machi, meica, hierbateros o sangüadoras, así como también la eficiencia de sus prácticas. Puede distinguirse entonces tres cualidades que merman la aplicabilidad del concepto Sistema Médico al Sistema de Salud Estatal (oficial):

- Agentes terapéuticos con “doble militancia”. Agente del sistema de salud oficial (auxiliar paramédico) y agente popular (sangüadora) al mismo tiempo y en el mismo contexto institucional.
- Prácticas marginales/periféricas en el sistema de salud estatal (no reconocidas explícitamente si bien aceptadas implícitamente por la institucionalidad formal) de complementación con otros sistemas de salud.
- Funcionarios con marcos de referencia, valores y distinciones socioculturales compatibles con otros sistemas de salud (no oficiales), a los que dan primacía en los eventos en que prestan sus servicios dentro del sistema de salud oficial.

Esta serie de verificaciones permiten sostener que el carácter eminentemente conceptual y analítico del concepto Sistema Médico no restringe su validez/utilidad al momento de ser usado como interfase para rescatar la compleja trama de significado que aparece asociada a los fenómenos de salud enfermedad en niveles microsociales, sub institucionales. Sin embargo, en la medida que su uso se aplica a realidades socioculturales más amplias, de tipo socio organizacionales, su reconocimiento en la práctica se hace más improbable.

Usos, contextos y resultados

Un campo particularmente sensible a las “pertinencias y restricciones” del concepto Sistema Médico es el de lo que se ha denominado Interculturalidad en Salud. En este ámbito el foco se pone en el tipo y forma de relación que se produce entre Sistemas Médicos socioculturalmente distintos, como sería el caso de la relación entre el sistema médico estatal (oficial) y el sistema médico mapuche o entre el primero y el sistema médico popular.

Se constata a nivel local que en la observación y conceptualización de esas relaciones prevalece la acepción de sistema médico correspondiente al ámbito sociorganizacional. Esto trae como consecuencias que una gran cantidad de experiencias adaptativas, tanto de usuarios y funcionarios como del propio sistema de salud del estado, sean invisibilizadas, reconociéndose sólo aquellos eventos que corresponden con las categorías generales, descartando todas aquellas referencias que puedan hacer inconsistente la definición de SISTEMA MÉDICO que se hace del sistema de salud del Estado (oficial). Una consecuencia subsiguiente es la de caracterizar a las unidades de salud como sistemas hegemónicos y autorreferentes, incapaces de establecer relaciones interculturales.

Sin embargo, si se atiende a todo aquello de lo que se prescinde cuando se fuerza la descripción del sistema de salud del Estado como “un” sistema médico, se constata un proceso de transferencia que describe relaciones de poder eventualmente horizontales, culturalmente pertinentes y, en definitiva, interculturales. Por esta razón se rescata el valor del concepto Sistema Médico en su acepción microsociales, como interfase que permite articular las relaciones de los usuarios del sistema de salud estatal y sus usuarios en el plano de sus identidades particulares, ya que permite ver un nivel de la existencia del sistema de salud estatal que no es posible distinguir con el enfoque sociorganizacional y que da cuenta de tenaces y persistentes intentos y acciones de interculturalidad.

Notas

¹ Este artículo contiene algunas reflexiones efectuadas luego de la realización del estudio “Sistematización Participativa de Experiencias de Salud Intercultural en los Establecimientos de Salud y Comunidades existentes en las Comunas focalizadas por el Programa de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas”, realizado en la provincia de Cautín en el contexto del sub componente “Desarrollo y Validación de Modelos de Atención Intercultural en Salud”, componente “Salud Intercultural”, Programa Multifase de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas.

² Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen las siguientes prestaciones:

a) El examen de medicina preventiva para pesquisar, oportunamente, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el glaucoma, el cáncer, la diabetes, cardiopatías, la hipertensión, la insuficiencia renal crónica y las demás enfermedades que determine el Ministerio de Salud, cuyo diagnóstico y terapéutica precoz prevengan una evolución irreversible;

b) Asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan; y c) Atención odontológica, en la forma que determine el reglamento.

³ Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios e Instituciones que dependen del Ministerio de Salud, de acuerdo con el Decreto Ley N° 2763, de 1979.

Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

El Ministerio de Salud fijará las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones a los beneficiarios. Determinará, a su vez, los procedimientos para que los usuarios efectúen desconcentradamente los reclamos que estimen pertinentes, y el plazo y la forma en que las autorida-

des de salud respectivas deban responder y resolver tales reclamos.

⁴ Para revisar definiciones sobre lo que se considera agentes de salud y los requisitos para ser así reconocido en el sistema de salud, específicamente en el sector municipal, puede remitirse a la Ley N° 19.378 (Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal). Para el caso del sector ministerial, el Reglamento Organico de los Servicios de Salud Dto. N° 42, de 1986.

⁵ Materia médica, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía o la acupuntura.

⁶ Médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapeutas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras, etcétera.

⁷ El estudio consideraba dentro de sus cualidades principales contar con la participación activa de funcionarios del sistema de salud y de los usuarios de éste.

⁸ 20 entrevistas y 3 Grupos Operativos.

⁹ Está entre comillas porque alude a hospital o consultorio como unidades diferentes. Sin embargo son expresiones del mismo sistema de salud.